Beitrag

zur

Lehre von der Mastdarmsyphilis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. Bollinger

der

hohen medicinischen Facultät

der k. b. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Heinrich Arens
aus Essen a/d. Ruhr.

München, 1887.
Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Beitrag

zur

Lehre von der Mastdarmsyphilis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. Bollinger

der

hohen medicinischen Facultät

der k. b. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Heinrich Arens
aus Essen a/d. Ruhr.

München, 1887.
Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548316_0112

Von den Erkrankungen des Mastdarms, welche theils einfache Entzündungsprozesse der Rektalschleimhaut darstellen, teils zu schweren ulcerativen Veränderungen, durch spezifische Gifte hervorgerufen, führen, oder durch Neoplasmen, Parasiten und Fremdkörper veranlasst werden, sind es diejenigen syphilitischen Ursprungs, über welche völlige Klarheit und eine übereinstimmende Ansicht der Autoren noch nicht herrscht.

Während z. B. manche Autoren (Gosselin, Strumpell) eine trichterförmige Stenose des Rektums als charakteristisch für die Syphilis des Mastdarms ansehen, wird dieselbe von anderen (Esmarch) als pathognomonischen Zeichen nicht anerkannt, da sie auch bei anderen Verschwärungen des unteren Mastdarmendes vorkommen. Ferner ist man sich noch nicht einig, ob die als Mastdarmsyphilis bezeichneten Fälle überhaupt als eine Erkrankung wirklich syphilitischen Ursprunges aufzufassen seien, und halten manche Autoren, denen letzteres noch nicht erwiesen scheint, die s. g. syphilitischen Geschwüre des Rektums für Schankergeschwüre. Es könnte hierfür allerdings scheinbar die Thatsache sprechen, dass die Sektionen der an Mastdarmsyphilis Gestorbenen bisher selten eine gleichzeitige luetische Veränderung anderer Organe ergaben.

Der Grund nun, wesshalb die luetischen, sowie alle anderen, chronisch verlaufenden Mastdarmaffektionen eine

besondere Beachtung und Würdigung verdienen, liegt vor allem darin, dass die Aetiologie dieser Affektionen zu Lebzeiten der damit Behafteten in sehr vielen Fällen nicht richtig erkannt, und dadurch ein Irrthum begangen wird, der einerseits in Anbetracht der Schwierigkeit der Differentialdiagnose meistens zu entschuldigen, andererseits aber auch häufig durchaus nicht ohne Bedeutung ist.

Cruveilhier[1]) theilt eine Reihe von interessanten Krankengeschichten mit, wo Fälle von chronischer Proctitis und Periproctitis mit Carcinoma recti verwechselt wurden. Wenn eine solche Verwechselung unter Umständen von sehr grosser Tragweite sein kann, so gilt dies vielleicht in noch höherem Grade für die Fälle, wo eine syphilitische Mastdarmerkrankung für ein unheilbares Carcinom gehalten wird.

Die Erkrankungen des Mastdarms, die unter dem Bilde einer chronischen Proctitis und Periproctitis verlaufen und differentialdiagnostische Schwierigkeiten bezüglich ihrer Aetiologie bieten können, sind:

1. Die chronischen Entzündungen des Rektums, welche durch nicht spezifische Entzündungserreger verursacht werden und die, indem sie auf das umgebende Bindegewebe übergreifen, zu ausgedehnten ulcerösen Prozessen Veranlassung geben können. Hierher sind diejenigen Fälle zu rechnen, wo eine geschwürige Proctitis und Periproctitis sich an ein Trauma, an langdauernde Kothstauung oder die Anwesenheit eines Fremdkörpers anschliesst. Eine interessante Abbildung einer solchen chronischen Mastdarmentzündung sowie des umgebenden Zellgewebes mit zahlreichen ulcerösen Perforationen der verdickten Rektalwand, acht Jahre nach einem Falle auf den Hinteren, findet sich bei Pitha und Billroth.[2])

2. Ulceröse Zerstörungen der Mastdarmwand nach Typhus, besonders bei chronischer Dysenterie (dysenterische Darmphtise).

3. Tuberkulöse Erkrankungen des Mastdarms, fast immer

sekundär bei an tuberkulöser Lungenphtise Leidenden. Die Geschwüre sind ausgezeichnet durch ihre infiltrirten Ränder, verkäste Tuberkeleruption und die meist gürtelförmige Anordnung.

4. Syphilitische Affektionen, die meist dicht oberhalb des Anus ihren Sitz haben, wohingegen ihr Auftreten im Colon und Dünndarm äusserst selten ist.

5. Gewisse Formen von destruirendem Carcinom, bei welchen frühzeitig eine diffuse krebsige Infiltration des Mastdarms eintritt mit Neigung der carcinomatösen Wucherungen zu ulcerösem Zerfall.

Da die Zahl der bisher beschriebenen Fälle von Mastdarmsyphilis eine beschränkte, und auch die Wichtigkeit einer genaueren Kenntniss dieser Affektion leicht ersichtlich ist, so soll als ein kleiner Beitrag zur Lehre von der Mastdarmsyphilis hier ein Fall mitgetheilt werden, der vor Kurzem im Münchener pathalog. Institute zur Beobachtung gelangte. Der Beschreibung dieses Falles wird eine kurze Betrachtung der Vorgänge und der verschiedenen Enstehungs- und Verbreitungsarten, wie sie bei diesem Prozesse beobachtet sind, sowie eine gedrängte Uebersicht der aus der Litteratur gesammelten Fälle vorausgeschickt.

Weiche Schankergeschwüre werden meist bei Weibern beobachtet, welche mit eben solchen Geschwüren an den Genitalien behaftet sind, und wo die Infektion durch das hinabsickernde Sekret zu Stande kommt, oder bei Männern in Folge von passiver Pederastie oder anderweitiger Uebertragung des Schankergiftes von an anderen Körperstellen vorkommenden Schankergeschwüren. Bärensprung beobachtete in einem Jahre 16 Fälle, wo Schankergeschwüre der hinteren Commissur phagedänisch wurden und zu eiteriger Periproctitis mit Fistelbildung Veranlassung gaben.

Abgesehen von diesen, nicht syphilitischen Geschwürsformen treten die syphilitischen Affektionen theils als Folge

lokaler Infektion in der Umgebung des Afters und in der Analportion des Mastdarms auf, theils als Sekundär- oder Tertiärerscheinungen bei constitutioneller Lues.

Initialmanifestationen bei syphilitischer Infektion, wie sie einige Male beobachtet worden sind, müssen wohl meist auf lokale Infektion bei passiver Pederastie zurückgeführt werden und kommen meistens bei Männern vor. Es bilden sich hierbei Sklerosen, die frühzeitig exulceriren und, durch die beständige Reizung und Verunreinigung bei jeder Defäkation an baldiger Heilung verhindert, die qualvollen Zustände bedingen, wie sie bei Analfissuren und Substanzdefekten in der Analgegend gewöhnlich auftreten.

Ricord[3]) berichtet über zwei Fälle, wo die Anamnese eine indurirte, syphilitische Ulceration in der Aftergegend auf lokale Infektion bei Ausübung passiver Pederastie zurückführen liess.

Constitutionelle Erkrankungen des Mastdarms bei Lues werden für nicht häufig gehalten, kommen aber vielleicht weit häufiger vor, als man annimmt, da eine Verwechselung mit anderen Affektionen leicht möglich und nachweislich auch schon mehreremale begangen ist. Unsere Kenntnisse über die Entwicklung der ersten Stadien der Darmerkrankungen bei constitutioneller Syphilis sind noch lückenhaft. So schreibt Eberth[4]:) „Bis jetzt scheint es Virchow nur in einem Falle gelungen zu sein, neben den sich retrahirenden Geschwüren die in fettiger Metamorphose begriffenen Gummistellen zu sehen, aus denen die Ulceration hervorging. Auch von den syphilitischen Ulcerationen bemerkt Virchow, dass er noch nie Gelegenheit gehabt habe, die ersten Stadien zu beobachten, und dass er es desshalb unentschieden lasse, ob condylomatöse oder direkt gummöse Anfänge das Gewöhnliche, ja ob die Geschwüre überhaupt secundärer Natur seien.“

Am häufigsten sind luetische Erkrankungen des Darms

bei hereditär-syphilitischen Kindern beobachtet worden, und ist die Literatur hierüber eine ziemlich reichhaltige. Roth[5]) beschreibt einen ein fünf Tage altes Kind betreffenden Fall von interstitieller Induration mit Verödung der Follikel, käsig zerfallener Gummiinfiltration und narbiger Verdickung der Mukosa und Submukosa. Er nennt den Darmkartarrh hereditär-luetischer Kinder „Enteritis syphilitica", eine Bezeichnung, die Wiederhofer[6]) wegen der noch ungenügenden Charakterisirung dieser Affektion vermieden wissen möchte. Förster[7]) führt eine fibroide Entartung der Peyer'schen Drüsen an, die an der Oberfläche exulcerirte und deren Grund ein bindegewebiges Flechtwerk bildete; Cruveilhier eine Infiltration mit Gummiknoten in der Submukosa des Darms syphilitischer Kinder. Neuere Untersucher bestätigen das Vorkommen solcher Darmerkrankungen bei Kindern und fanden sie sogar ziemlich häufig; so Birsch-Hirschfeld unter 40 Fällen von angeborener Syphilis 5 Mal, Franz Marazek unter 200 Fällen 10 Mal.

Bei Erwachsenen treten als Symptome der constitutionellen Syphilis am After und Rektum Veränderungen auf, die sich bald als Schleimpapeln oder breite Condylome, bald als gummöse Geschwüre kennzeichnen. Bezüglich der Pathogenie der Papeln und Condylome ist Esmarch der Ansicht, dass ihre Entstehungsursache dieselbe sei, wie die der Knötchen und Schuppensyphilide der Haut, welche als frühes sekundäres Symptom der Allgemeininfektion aufzutreten pflegen. Der Reichthum der Afterhaut an Schweiss und Talgdrüsen, die Zellenwucherung des Cutisgewebes und die fortwährende Reibung, der die einander zugekehrten Flächen der Hinterbacken ausgesetzt sind, gelten als die Momente, welche das Entstehen und Wachsthum dieser Hautefflorescenzen begünstigen. Hieraus wird es auch erklärlich, dass letztere eine solche Grösse und Ausbreitung erlangen können, dass die Afteröffnung, der Damm und ein Theil des Skro-

tums von diesen bis kirschgrossen, wulstigen Tumoren dicht besetzt und ihr Aussehen fast dem der Hämorrhoidalknoten ähnlich sein kann, wie es an einer Abbildung eines von Ricord[8]) beobachteten Falles zu sehen ist. Diese papulösen und condylomatösen Hautwucherungen können sich bisweilen weit in das Rektum hineinerstrecken, wie Bärensprung[9]) an drei Fällen konstatiren konnte. Französische Autoren wie Desault, Cayol, Vidal und Benoit sahen diese Papeln auf der Rektalschleimhaut einen solchen Umfang annehmen, dass die dadurch veranlassten Beschwerden denen einer carcinomatösen Mastdarmstriktur gleichkamen. Neuerdings liess Lang[10]) 45 Männer und 65 Weiber, die mit irritativen Syphilissymptomen behaftet waren, auf das etwaige Vorhandensein von Papeln im Rektum untersuchen und fand hierbei bei 3 Männern und 13 Weibern Plaques von solchen Papeln vor. Dieselben sassen meist an der hintern Wand und nahmen in 3 Fällen die ganze Cirkumferenz des Darmlumens ein. An der Oberfläche waren sie alle exulcerirt und konnten stets schon durch die Digitaluntersuchung entdeckt werden. Die Plaques innerhalb des Rektums hingen mit den in der Aftergegend befindlichen meist nicht zusammen; im Rektum kamen auch einige vereinzelte Papeln vor.

Tiefgreifende, exulcerirende Zerfallsvorgänge können die vorher papulösen Wucherungen zu ausgebreiteten Geschwüren umwandeln, die an der Leiche von diphteritischen und dysenteritischen Geschwüren nicht leicht zu unterscheiden sind.

Einen weit gefährlicheren Charakter als diese condylomatösen Geschwüre, haben die gummösen Erkrankungen des Mastdarms, welch' letztere Esmarch der tertiären Periode zurechnet, während er die erstgenannten als sekundäre Erscheinungen auffasst. Nach ihm ist ihr Vorkommen ein viel häufigeres, als man annimmt, da sie in den meisten Fällen mit carcinomatösen Erkrankungen verwechselt werden. Sie führen häufiger zu tiefgehenden Mastdarmverschwärunge

und zu Verlust der gesammten Schleimhaut, wodurch dann die Muskulatur, die selbst ulcerös durchwühlt und sehr verdickt erscheint, vollständig blossgelegt wird.

Esmarch nimmt auf Grund vieler Beobachtungen folgenden Entwicklungsgang dieser Geschwürsformen an:

Am unteren Ende des Mastdarms, unmittelbar oberhalb der Sphinkterportion, beginnt gewöhnlich eine gummöse Infiltration. Die Zerstörung der Schleimhaut pflegt an dieser Stelle sehr tief zu gehen und zu einer Bloslegung des Muskellagers zu führen. Von hier aus breitet sich dann der Vorgang über den ganzen Mastdarm aus und kann sogar in schlimmen Fällen auf einen Theil des Dickdarms übergreifen. Die jüngsten Stadien der gummösen Veränderungen finden sich durch dunkelfarbige, rundliche Knoten von der Grösse eines Hanfkorns bis zu der einer Erbse gekennzeichnet, welche über die Oberfläche der Darmschleimhaut zerstreut sind. Durchschneidet man diese Knoten, so sieht man eine braunrothe Gallerte, mit Blut gemischt, hervorsickern. Trotz der Aehnlichkeit dieser Knoten mit geschwollenen Follikeln, darf man sie doch nicht ohne weiteres für solche halten, ebensowenig wie man berechtigt ist, die auf der Schleimhaut des Pharynx und Larynx vorkommenden Gummigewächse für geschwollene Follikel anzusehen. Vielmehr wird man sie als gummöse Einlagerungen betrachten, die nur zum Theil ihren Sitz in den solitären Drüsen haben. Auf der Oberfläche der Knoten bilden sich ulceröse Defekte, die, je näher der Analportion des Mastdarms, zu immer grösseren Geschwüren mit scharfen Rändern und zu grösseren Substanzdefekten werden. Indem nun der ulcerative Process weiter in die Tiefe greift, oder, wo die Gummata von Anfang an im perianalen Gewebe ihren Sitz haben, können ausgedehnte Vereiterungen und Zerfallsvorgänge zu Perforationen in den Mastdarm, Blase und Scheide oder nach der äusseren Umgebung des Afters führen. Auf diese Weise entstehen

die inneren und äusseren nicht completen und die completen Fisteln, die Rektovaginal- und Rektvesikalfisteln und veranlassen die qualvollen Beschwerden und Leiden, welche mit langjähriger eiteriger Periproctitis verbunden zu sein pflegen. Nach langem Siechthum, während welcher Zeit gewöhnlich eine der krebsigen äusserst ähnliche Cachexie sich entwickelt, wird endlich der Tod durch Entkräftigung und allgemeine Schwäche herbeigeführt.

In der einschlägigen Litteratur finden wir folgende Fälle verzeichnet:

Bärensprung sah Ulcerationen mit vollständigem Verlust der Schleimhaut in der Gegend des m. sphincter internus und hämorrhagischer Exsudation im Drüsenapparat des Dickdarms bei zwei syphilitischen Weibern. Im Leben hatten sich diese Veränderungen durch wässrige blutige Stühle, mit Tenesmus verbunden, und unwillkürlichen Abgang des Stuhles dokumentirt. Aehnliche Veränderungen des Mastdarms fand E. Huët[11]) in zwei Fällen. Hier war neben einer erheblichen Mastdarmstriktur ein Abscess in der unteren Commissur der grossen Labien, und auf der Rektalschleimhaut eine Menge warzenähnlicher theils gestielter theils breitbasiger Geschwülste vorhanden. Die Beschwerden zu Lebzeiten waren dieselben, wie in den vorigen Fällen. Aehnliche Fälle beobachteten Klebs, Harfringe und Blix. Hedenius[12]) theilt ferner eine syphilitische Mastdarmaffektion mit, wo gleichzeitig eine amyloide Degeneration der Speiseröhre und des atrophirten Dünndarms vorlag. In dem von Eugen Hahn[13]) beobachteten Falle war Colon und Ileum ebenfalls amyloid entartet. Ed. Lécorche[14]) fand bei der Sektion eines mit Syphilissymptomen behafteten Weibes zwei Rektoperineal- und vier Rektovaginalfisteln, die eine jauchige Flüssigkeit entleerten und etwas oberhalb ihrer Ausbreitungsstelle zu einer Striktur Veranlassung gegeben hatten. Dittrich sah ebenfalls bei einer Frau „eine syphi-

litische Rektovaginalfistel mit ausgebreiteter Narbenbildung und Schrumpfung der Mastdarmhäute.“ Samuel Wilks[15]) theilt einen Fall mit, wo zwei Rektovaginalfisteln bei einer Syphilitischen vorhanden waren. In einer der Hahn'schen[16]) Fälle (s. o.) waren in Folge von Proctitis ulcerosa syphilitica perirektale Infiltrate in's Rektum perforirt. In Fällen, wo die Erkrankung weit hinaufreichte, kam es einigemal zu Peritonitis (L. Gald,[17]) Zwicke).[18]) Lang[19]) behandelte in seiner Klinik einen Fall, wo sich um die Afteröffnung und die äusseren Genitalien herum Fistelgänge befanden, durch welche man in eine grosse, gemeinsame Höhle im perirektalen Gewebe gelangte. Im Rektum selbst bestand eine ulceröse, syphilitische Proctitis und eine Strictur.

Zur näheren Charakteristik der ulerösen syphilitischen Proctitis muss bemerkt werden, dass in den späteren Stadien nach Esmarch gummöse Veränderungen ganz bestimmter Art oft auftreten sollen, die es erleichtern, die luetische Proctitis von ähnlichen Affektionen anderer Natur zu unterscheiden. Dieselben bestehen entweder in gallertartigen flachen Wülsten von diffusem Charakter, die auf der Muscularis der unteren Mastdarmwand aufliegen und durch fettige Degeneration oder Einschmelzung tiefe Geschwüre hervorrufen, oder in gestielten oder nicht gestielten, hirsekorn- bis kirschgrossen Tumoren. Letztere haben ihren Sitz auf der von Schleimhaut entblössten Muskelwand und bestehen in ihrer feineren Struktur aus wucherndem Gewebe der Submucosa und Subserosa und können daher mit Mastdarmpolypen nicht identisch sein. Der letztgenannte Autor zählt diese Gebilde den infektiösen Granulationsgeschwülsten zu und stellt sie in Parallele mit den scheinbar selbstständig auftretenden Papillargeschwülsten an luetischen Geschwürsrändern des Pharynx und den oft Glattisödem bewirkenden diffusen syphilitischen Larynxerkrankungen.

Lang erklärt die Gummata für Produkte chronisch-entzündlicher Prozesse, die nie zur Organisation, sondern durch Resorption oder Ulceration schliesslich zur Heilung gelangen. Infiltrationsprozesse, wie solche im Rektum sowohl wie auch an andern Körperstellen vorkommen, und die in fibrösen, narbigen, strangförmigen Bindegewebswucherungen und Neubildungen in der Umgebung der gummösen Infiltrate bestehen und ihren Ausgang in Schrumpfung und Retraktion nehmen, belegt dieser Forscher mit dem Namen einer syphilitischen Schwiele. Er hält diese Veränderung für identisch mit dem „Syphiloma anorectale" Fournier's, das in einem die anorektalen Wände einnehmenden Infiltrate besteht, welches in Bindegewebsschrumpfung übergehen und das Rektum in ein starres Rohr umwandeln kann. Diese Sklerosirung kann 1 cm in der Dicke betragen. Greift der Prozess auf die Analpartie über, so bekommt letztere ein gelapptes Aussehen. Während der Prozess anfangs unter nur ganz geringen Symptomen verläuft, treten bei fortschreitender Retraktion der schwieligen Stellen die gefürchteten Zeichen einer hartnäckigen Striktur auf.

Entzündliche Infiltration und Wucherung der Sphinktermuskulatur sowie des intermuskulären Bindegewebes, die zur Bildung eines unnachgiebigen Rohres mit steifer Wandung führen und dem Hindurchtreten des Kothes grossen Widerstand bereiten, sind nach Esmarch constante Erscheinungen bei der Rektumsyphilis, wogegen Lang [20]) bemerkt, dass die Gegend des Sphinkters gewöhnlich verschont bleibe.

Eine Erklärung für das häufige Auftreten von Strikturen bei der ulcerösen syphilitischen Proctitis erscheint nicht schwierig. Denn eine Heilung oder ein Rückgang syphilitischer Ulcerationen ist bekanntermassen gar nicht selten und wie bei Vernarbung anderer Darmgeschwüre häufig Stenosen sich entwickeln, so sind auch Verheilungen der luetischen Verschwärungen, besonders an der Stelle des grössten Sub-

stanzverlustes, oberhalb der Sphinktermuskeln, von narbigen Retraktionen und Schrumpfung der Darmwand gefolgt.

Bärensprung beschreibt ein solches Präparat von Meckel, wo bei einem während des Lebens an syphilitischer Mastdarmstriktur behandelten Mädchen die schiefergraue Mastdarmfläche von festen, strahlig aussehenden Narben bedeckt war, die, am unteren Mastdarmende besonders zahlreich, in der Gegend des m. sphincter int. durch Narbenzug eine enge ringförmige Striktur gebildet hatten. Dittrich[21]) beschreibt einen Obduktionsbefund als „ungewöhnliche Schrumpfung und Vernarbung des Mastdarms in Folge von syphilitischen Geschwüren und einer Striktur des Lumens nebst dadurch bedingter Hypertrophie und Erweiterung des Darms, besonders des Dickdarms, und endlicher Paralyse desselben.“ Vito Zappulla[22]) macht folgende Mittheilung: Die trotz einer Operation wiederkehrenden heftigen Schmerzen und Beschwerden einer hochgelegenen Mastdarmstriktur bei einem 26jährigen Manne verschwanden auf Darreichung von Jodkalium, trotzdem seit 19 Jahren keine sonstigen Zeichen von Syphilis aufgetreten waren. Die Digitaluntersuchung hatte glatte, faltenförmige Erhebungen der Schleimhaut ergeben und die Diagnose schwankte zwischen Lues und Krebs. Nélaton[23]) beschreibt einen Fall von syphilitischer Affektion des Rektums, die er an einer 25jährigen Kranken zu beobachten Gelegenheit hatte. Er fand bei der Untersuchung um den After einen Kreis von stellenweise ulcerirenden Condylomen. Der untersuchende Finger war schwer einzuführen, die Darmwand hart und starr, die Striktur, wie gewöhnlich, oberhalb der ampullären Erweiterung des Rektums in Gestalt einer trichterförmigen Stenose. Durch zahlreiche Ulcerationen und Abscesse wurde ein fortwährender Ausfluss unterhalten, der dem leukorrhoischen Sekrete ähnlich war. Nélaton fügt dann die Bemerkung hinzu, dass die Verstopfung bei syphilitischen Strikturen

keine hochgradige zu sein pflege, vielmehr der Stuhl in Folge der ulcerativen Prozesse meist etwas flüssig sei. Die bei Individuen mit syphilitischen Antezedentien auftretende Krankheit weiche im Allgemeinen einer antisyphilitischen Behandlung. Gleichwohl habe sich letztere im vorliegenden Falle als unzureichend erwiesen, eine zuweilen zu beobachtende Erfolglosigkeit dieser Kur, welcher auch Gosselin Erwähnung thue.

Nachdem versucht worden ist, in Vorstehendem die Anschauungen einiger Autoren über die Entstehungsweise, den Verlauf und die Ausgänge der syphilitischen Mastdarmerkrankung in Kurzem wiederzugeben und das Mitgetheilte durch kurze Beschreibung der aus der Litteratur gesammelten Fälle zu illustriren, soll nun im Folgenden, als ein Beitrag hierzu, ein neuer Fall mitgetheilt werden.

Es handelt sich hier um eine Frauensperson, die am 26. November 1886 im Münchener pathologischen Institute obducirt wurde, und über welche sich nach dem Tode folgende anamnestischen Anhaltspunkte in Erfahrung bringen liessen:

M. D., Zugeherin, 31 Jahre alt, verlor ihre Mutter früh an der Lungensucht, ihren Vater an der Wassersucht. Mehrere Geschwister leben und sind angeblich gesund. Sie selbst lebte seit mehreren Jahren in wilder Ehe mit einem Manne, der, soweit zu ergründen, stets gesund war. Seit einigen Jahren litt sie an Haemorrhoiden und soll im Uebrigen bis dahin nie krank gewesen sein. Vor fünf Jahren gebar sie ihr erstes Kind, das, 6 Monate alt, an „Gedärmschleiss" zu Grunde ging. Seit dieser Geburt bestand fluor albus. Ungefähr ein Jahr darauf wurde sie von einem zweiten Kinde entbunden, das im Alter von fünf Monaten an derselben Krankheit starb, wie das erste. Beide Geburten gingen ohne ärztliche Hülfe von Statten. Bei der zweiten entstand jedoch ein Dammriss, der vernachlässigt wurde und ohne Behandlung blieb. Vor zwei Jahren endlich, am 20. Dezember 1884, brachte sie in der Frauenklinik eine unreife, todtfaule

Frucht zur Welt. In dem betreffenden Geburtsjournal finden sich folgende wichtige Notizen:

„Schwellungen der Inguinal-Cubital- und Cervikaldrüsen.

Lupus syphiliticus perinei et ani.

Rings um den After herum ein fast fingerdicker, mit zahlreichen Einkerbungen versehener Wulst, von dessen einer Seite Ausläufer auf die äussere Haut der Umgebung sich erstrecken, welche die Hautfläche überragen."

Seit der Zeit der letzten Geburt bestanden Anomalien der Defäkation, indem zeitweise im Zwischenraume von nur mehreren Minuten Kothabgang erfolgte. Auch war es seit ungefähr einem halben Jahre der Umgebung der Kranken aufgefallen, dass der Stuhl der letzteren von penetranterem und übelriechenderem Geruche war, wie gewöhnlich.

Im Juli 1886 wandte sie sich wegen der genannten Beschwerden an die gynäkologische Poliklinik. Hier wurde sie untersucht und folgender Befund in das Protokollbuch eingetragen:

„Seit August 1885 besteht bei der Kranken Amenorrhoe. Die Menstruation war früher stets unregelmässig, profus und postponirend. Seit dem letzten Winter empfindet sie Schmerzen im After, und ist die Defäkation schmerzhaft und häufig von Blutabgang begleitet.

Stat. praes.: Enorm abgemagerte Person mit hochgradiger Blässe der Haut. Um den After herum stark geschwollene Varixknoten. Die ganze Umgebung des Anus ist infiltrirt, an der linken Nates eine eiternde Fistel. Das Rektum ist in ein kaum für einen Zeigefinger durchgängiges Rohr umgewandelt mit bedeutend infiltrirten Wandungen.

Diagnose: Carcinoma recti."

Hiernach wandte sich Patientin an einen praktischen Arzt, der seine Medikation hauptsächlich gegen die dyspeptischen Beschwerden richtete, über welche die Kranke diesem gegenüber zu klagen hatte, und ihr den Rath ertheilte, da auch er einen Mastdarmkrebs diagnostizirte, zum Zwecke einer Operation sich in das Krankenhaus (chirurgische Klinik des Herrn Geheimrath v. Nuss-

baum) aufnehmen zu lassen. Diesem Rathe folgte Patientin am 22. Oktober. In der bei ihrer Aufnahme verfassten Krankengeschichte lesen wir.

„M. D., 31 J. alt, bemerkte seit Früjahr dieses Jahres (?) feste Knoten am After, die von Zeit zu Zeit zu heftigen Blutungen Anlass gaben, und wurde bisher ambulatorisch behandelt.

Bei ihrer Aufnahme zeigt sich der sphincter ani mit carcinomatösen Knoten und Wucherungen umgeben. Das Rektum ist weit hinauf carcinomatös entartet, der sphincter gelähmt — Patientin lässt Koth und Urin unter sich gehen.

Sie wird, da von einer Operation bei dem kachektischen Zustande der Kranken abgesehen werden muss, symptomatisch behandelt, kräftig genährt, und nach jeder Defäkation werden After und Genitalien gereinigt. Ausserdem werden Sitzbäder verordnet.

Am 23. November bekommt Patientin plötzlich eine Auftreibung des Leibes und klagt über Schmerzen im Unterleib. Peritonitis acuta.

Am 25. November, Morgens 7 Uhr, erfolgt der Tod.

Die von der Kranken gemachte Angabe, dass sie die Knoten am After erst seit dem Frühjahr 1886 beobachtet habe, ist nicht in Uebereinstimmung mit der schon in dem Geburtsjournal vom Jahre 1884 enthaltenen Angabe zu bringen, wonach schon damals ein rings um den After befindlicher Wulst vorhanden war. Es muss daher diese Aussage der Patientin als eine ungenaue und unrichtige aufgefasst werden.

Der Obduktionsbefund [24]) war laut Protokoll folgender:

Mittelgrosse weibliche Leiche, von schlechtem Ernährungszustande und ziemlich schlechtem Knochenbau. Farbe des Gesichtes schmutzig, mit einem Stich in's Gelbliche. Die Haut der Bauchdecken zeigt zahlreiche Striae von schmutzig gelbbräunlicher Farbe. Die Epidermis ist von schilferiger, kleinschuppiger Beschaffenheit; die Haut der rechten Bauchseite zeigt zahlreiche geröthete Stellen, die auf Druck nicht verschwinden; auf dem rechten Oberschenkel befinden sich einige, mit hellem Inhalt gefüllte Bläschen; die Haut um die Genitalien und den Anus herum zeigt eine schmutzig röthliche Farbe, welche Röthe auf Druck

nicht verschwindet. Das Fettpolster ist geschwunden, die Muskulatur atrophisch.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die Leber den Rippenbogen zwei bis drei Finger breit, den Schwertfortsatz vier Finger überragen. Der Darm ist aufgetrieben, der Magen kaum sichtbar. Zwerchfellstand rechts unterer Rand der vierten Rippe, links vierter Interkostalraum. In der Bauchhöhle befinden sich ca. 150 cbcm einer hellen serösen Flüssigkeit.

Bei Eröffnung der Brusthöhle dringt etwas seröse, blutige Flüssigkeit hervor. Die rechte Lunge ist retrahirt; der Herzbeutel in der Grösse eines Handtellers frei zu Tage liegend. In der rechten Brusthöhle ungefähr 1000 cbcm einer blutig serösen Flüssigkeit; in der linken eine etwas geringere Menge. Beide Lungen allenthalben frei und nicht verwachsen. Das vordere Mediastinum ziemlich fettarm.

Linke Lunge von geringem Volumen. Oberlappen von weicher Consistenz, Unterlappen etwas derber; am scharfen Rande des letzteren eine fünfmarkstückgrosse, schmutzig braunroth verfärbte Stelle. Die Pleura des Oberlappens ist glatt, die des Unterlappens leicht getrübt. Der Oberlappen knistert beim Einschneiden; sein Blutgehalt ist vermindert, Saftgehalt vermehrt, Luftgehalt gering, Farbe blass. Der Unterlappen, von hellziegelrother Farbe, weist, entsprechend der verfärbten und erweichten Stelle, an dem Rande einen dunkelbraunen, offenbar hämorrhagischen Herd auf, in dessen Centrum vereinzelte verstopfte Arterien sichtbar sind.

In den Bronchien befindet sich eine geringe Menge einer blutig gefärbten Flüssigkeit; die Schleimhaut zeigt mässige Injektionsröthe. Im Hauptstamm der Lungenarterie des Unterlappens findet sich ein gut bleistiftdicker, grauweisser Pfropf, der sich in die kleinen Zweige des Hauptstammes fortsetzt.

Im Herzbeutel ca. 120 cbcm einer hellen, reingelben, serösen Flüssigkeit; der rechte Vorhof mässig gefüllt, der linke leer. .

Rechte Lunge von mässigem Volumen; Ober- und Mittellappen weich und elastisch, Unterlappen von derberer Consistenz. Die Pleura namentlich am Unterlappen getrübt und mit leichtem

Gerinsel bedeckt. Farbe des Oberlappens mehr blau, des Unterlappens blauroth, livid. Der Oberlappen knistert beim Einschneiden. Das Lungengewebe ist von blasser, grauröthlicher Farbe, mit vereinzelten dunkleren Stellen. Luftgehalt gehörig, Blutgehalt stark vermindert, mässiger Saftgehalt. Mittellappen von ähnlicher Beschaffenheit. Der Unterlappen schneidet sich derber, zeigt eine saftig glänzende Schnittfläche und braunrothe Farbe, Blutgehalt vermehrt, Luftgehalt fast aufgehoben. In der Lungenarterie derbe, fest anhaftende, theils graugelbliche Thromben.

Das etwas verkleinerte Herz zeigt auf dem rechten Ventrikel geringe Fettauflagerung; das Epikard im allgemeinen durchsichtig; die halbmondförmigen Taschen schlussfähig.

Der rechte Ventrikel, ungefähr halbhühnereigross, ist fast leer; das Muskelfleisch von trüber, bräunlicher Farbe und geringer Dicke. Die Intima der Pulmonalis blass, die Klappen durchsichtig, die Trikuspidalis und der Vorhofmuskel ebenfalls blass; der Vorhof selbst dilatirt.

Im linken Ventrikel finden sich ziemlich viele Cruormassen, die Ventrikelhöhle ist eng, der Muskel von auffallend brauner Farbe; das Endokard im Allgemeinen glatt, Klappensegel stark verdickt. Das Mitralostium ist höchstens für einen Finger durchgängig. Die Aortaklappe ungleichmässig verdickt, die mediane und centrale Tasche miteinander verwachsen; an der Verwachsungsstelle befindet sich eine erbsengrosse Auflagerung. Der linke Vorhof ist stark erweitert, das Endocard gehörig.

Die Milz ist im Längsdurchmesser etwas vergrössert und eigenthümlich gelappt, die Kapsel leicht getrübt. Das Gewebe schneidet sich ziemlich derb; die Schnittfläche ist hellbraunroth, der Blutgehalt minimal, das trabekuläre Gerüst deutlich sichtbar.

Die Leber etwas vergrössert, namentlich der linke Lappen; die Kapsel von einigen bindegewebigen Auflagerungen bedeckt; die Farbe blassgelb mit einem Stich ins Röthliche. Das Gewebe schneidet sich etwas derber, wie gewöhnlich und ist von blassgrauer bis schmutzig gelber Farbe. Der Blutgehalt fast aufge-

hoben, die acinöse Zeichnung deutlich, das Zentrum der Acini von dunkelrostbrauner, ihre Peripherie von gelblich-grauer Farbe. In der Gallenblase befindet sich eine reichliche Menge schwarzbrauner, zähflüssiger Galle.

Die Oberfläche der Nieren ist von feinkörniger, granulirter Beschaffenheit; die etwas verschmälerte Rindensubstanz von braungelblicher Farbe.

Im Magen eine dunkelgelbe, offenbar mit Galle vermischte Flüssigkeit; die Magenschleimhaut blass und stark gerunzelt.

Beim Aufschneiden des Ileum entleert sich ein bräunlicher, höchst übelriechender Koth; die Darmschleimhaut an einzelnen Stellen injizirt, sonst blass und normal.

Auch Coecum und Colon sind mit reichlichem Koth angefüllt.

In den unteren Partien des sehr verengten Mastdarms eine ziemliche Menge schwärzlichen Kothes. Die Mastdarmwand bietet besonders in ihrer unteren Hälfte ein vom normalen Aussehen völlig verschiedenes Bild dar. Bis zur Höhe von c. 11 cm ist sie schmutzig hellgelblich verfärbt und hat an einigen Stellen ein dunkelgrünes, gangränöses Aussehen. Vielfache Substanzdefekte, die in ihrer oberflächlichen Schicht grösstentheils mit ihrer Längsrichtung quer die Darmwand durchsetzen, und kleinere und grössere Fistelöffnungen geben der letzteren ein in den unteren Partien völlig zerklüftetes Aussehen, das fast dem eines weit- und grobmaschigen Netzes zu vergleichen wäre. In den oberen Partien, wo die ulcerösen Defekte allmählich verschwinden, ist die Rektalschleimhaut stark gerunzelt. Manche der querverlaufenden buchtigen Substanzdefekte communiziren in der Tiefe unter einander, so dass im unteren Theil des Rektums von der so zerstörten und durchbrochenen Schicht der Darmwand nur noch unterminirte, streifen- und inselförmige Gewebstheile übrig geblieben sind, und die der Schleimhaut beraubten Muskelzüge des Darmrohres grösstentheils als ein complizirtes Flechtwerk frei zu Tage liegen. Es erhält so das Ganze an dieser Stelle ein Aussehen, das an die innere Ventrikelwand des Herzens mit den mm. papillares und trabeculae carneae erinnert. Das Darmrohr sowohl

wie auch das perirectale Gewebe ist beträchtlicht verdickt und indurirt.

Am untersten vorderen Theile des Mastdarms, $2^1/_2$ cm oberhalb des Analringes, ist eine grössere Oeffnung sichtbar, die, für die Kleinfingerspitze durchgängig, in der fossa navicularis des Scheideneinganges ausmündet. Die Länge dieser Mastdarmscheidenfistel beträgt c. $1^1/_2$ cm. Unterhalb und zu beiden Seiten der Rektalöffnung dieser Fistel ist das Gewebe am meisten durch die geschwürigen Prozesse und fistulösen Perforationen zerstört und durchwühlt, und sind hier stellenweise nur Gewebsfetzen als Reste des Zerstörten noch zurückgeblieben.

Rechts von der Fistelöffnung, c. 4 cm davon entfernt, ist ein noch grösserer Defekt mit etwas weniger zerstörten Rändern, der ungefähr die Grösse einer Haselnuss besitzt. Derselbe steht in Communikation mit einer im perirectalen Gewebe gelegenen Höhle, in die man eine Wallnuss hineinlegen kann, und die nach unten in einen Fistelgang führt, welcher, für einen Bleistift durchgängig, in den unteren Theil des Mastdarms, c. 2 cm rechts von der erstgenannten Fistelöffnung, einmündet. Diese Stelle ist zu einer mehr in der Längsrichtung des Darmes verlaufenden Oeffnung von unregelmässiger Form erweitert und stellt einen dritten Defekt dar.

An der linken, unteren Mastdarmseite, ungefähr in der Höhe der Mitte der beiden zuletzt beschriebenen Fistelöffnungen, befindet sich eine vierte, geschwürig zerfallene Stelle, von der Grösse einer Zeigefingerspitze. Sie setzt sich theils als innere unvollkommene Fistel in das umgebende Gewebe fort, theils steht sie durch kleinere fistulöse Gänge mit dem Mastdarminneren wieder in Verbindung.

Beim Aneinanderlegen des aufgeschnittenen Mastdarms erkennt man, dass diese defekte Stelle mit den an zweiter und dritter Stelle aufgeführten Fistelöffnungen in Verbindung stand resp. einen Theil derselben bildete. Die stark geschrumpfte und verengte Afteröffnung ist umgeben und zum Theil verdeckt von einem Conglomerat knolliger Tumoren, die von der Grösse einer Haselnuss bis zu der einer Kirsche, durch mehr oder weniger tief gehende

Einkerbungen von einander geschieden werden. Sie sind von pflaumenartiger Consistenz und zeigen eine, an einigen Stellen blass rostfarbene, an anderen dunkler braunrothe Farbe. Die äussere Haut in der Umgebung der Afteröffnung hat ein stark gerunzeltes und geschrumpftes, warziges Aussehen, mit papulösen und condylomartigen Erhabenheiten und vereinzelten rostbraun verfärbten oder hellgelben, narbig aussehenden Flecken. Ungefähr 2 cm rechts von der hinteren Commissur der Schamspalte befindet sich ein federkieldickes Loch mit schmutzig gelbbräunlich verfärbtem Rande. Steckt man in dasselbe eine Sonde, so sieht man die Spitze dieser ungefähr $2^1/_2$ cm oberhalb des Afterringes im Mastdarm wieder hervorkommen. Die Länge dieser completen Mastdarmfistel ist etwas über 4 cm. Links von dem nur einige mm breiten Damm, in einer Entfernung von 4 cmm, erblickt man eine Oeffnung mit schmutzig rostbraun bis schwarzgrün verfärbtem Rande. Bei näherer Untersuchung findet man, dass dieses Loch in eine unvollkommene äussere Fistel führt, in welche man die beiden ersten Glieder des Zeigefingers hineinstecken kann, und die, immer schmäler werdend, einen nach aussen schwach gekrümmten Verlauf nimmt. In der Umgebung des vorderen Theiles dieser Fistelhöhe befinden sich vier kleinerbsengrosse Löcher, die sich als die Ausgangsöffnungen mehr oder weniger tief gehender, im perianalen Gewebe blind endigender, kleinerer Fisteln erweisen. Nach hinten vertieft sich die grosse Fistelhöhle und mündet mit einer für einen Bleistift bequem durchgängigen Oeffnung $4^1/_2$ cm weit nach hinten in der äusseren Haut.

Die im Scheideneingang röthlich verfärbte Scheidenschleimhaut weist in der Umgebung der Scheidenmastdarmfistel einige kleine, fistulöse Oeffnungen und oberflächlich gelegene Substanzdefekte auf, ist stark gerunzelt und erhält durch kleinpapulöse Hervorragungen ein etwas unebenes Aussehen. In den oberen Partien ist die Scheidenschleimhaut weniger gerunzelt und hat hier ein schmutzig blassgelbes Aussehen mit einem Stich in's Hellgrüne; es zeigt sich diese Verfärbung besonders in der Umgebung des äusseren Muttermundes, der fast ganz verstrichen ist. Die Scheide und das submuköse Gewebe sind indurirt. Im

Scheideneingang finden sich auch noch einzelne, narbig aussehende, verfärbte Stellen.

Aus dem etwas vergrösserten Uterus lässt sich eine geringe Menge eines schleimigen Inhaltes auspressen. Der hintere Theil des Uterus ist im Douglas'schen Raum mit dem Rektum durch einige Spangen eines schleimigen Gewebes verbunden.

In der Harnblase befindet sich ein dunkelbraunröthlicher Harn; die Schleimhaut ist blass.

Die retroperitonäalen Drüsen sind von gehöriger Grösse und ohne jede Veränderung.

Mikroskopischer Befund.

An Schnitten der gehärteten Mastdarmwandung, die in grösserer Zahl angefertigt und untersucht wurden, ergibt sich in Bezug auf die feineren Veränderungen Folgendes: Von der normalen Schleimhaut ist kein Bestandtheil mehr vorhanden; an ihrer Stelle findet sich eine ziemlich dicke Granulationszone, deren Innenfläche gegen das Darmlumen zu mit einer offenbar nekrotischen Schicht, einer Art von Schorf, bedeckt ist. Diese Granulationsschicht besteht aus ziemlich reichlichen Rundzellen, die in ein mehr oder minder sparsames Gerüste eingebettet sind. Von drüsigen Theilen der Schleimhaut ist nichts mehr zu sehen. Die enorm verdickte Muscularis ist ebenfalls zellig infiltrirt, zeigt deutliche Spuren der Entzündung, indem fast allenthalben vermehrte Wanderzellen, vielfach auch rundzellige Stränge und Schläuche die verdickte Muscularis durchsetzen. — Dieser entzündliche Zustand setzt sich bis auf das perirectale Bindegewebe fort, wo theils diffuse, theils fremdartige Zellenanhäufungen vielfach angetroffen werden.

Die anatomische Diagnose lautet zufolge des Obduktionsbefundes und der mikroskopischen Untersuchung folgendermassen:

Mastdarmsyphilis: Chronische ulceröse Proctitis und Periproctitis mit ausgedehnter fistulöser Unterminirung der perianalen Weichtheile*),

*) In dem Atlas der patholog. Anatomie von Cruveilhier findet sich ein dem vorliegenden sehr ähnlicher Fall von ulceröer Mastdarm-Syphilis sehr gut abgebildet.

Mastdarmscheidenfistel, Colpitis und Endometritis.

Marantische Thrombosen der Lungenarterienäste in beiden Unterlappen und in Folge davon Bildung eines hämorrhagischen Infarktes im linken Unterlappen; leichte beginnende Pleuritis der Unterlappen und mässige Bronchitis.

Leichte Endocarditis recurrens (fibrosa et verrucosa) der Aortenklappen und der Mitralis mit Stenose des Ostiums.

Partielle, leichte Entzündung der Darmschleimhaut.

Ausserdem allgemeine Anämie.

Die aus der schon mitgetheilten Krankengeschichte hervorgehenden Thatsachen, dass die Kranke zu der Zeit, wo sie eine todtfaule Frucht zur Welt brachte, bestimmte Anzeichen einer syphilitischen Allgemeinerkrankung und einer spezifisch luetischen Affektion des Anus und des Dammes an sich trug, sowie, dass die Symptome einer Mastdarmerkrankung erst von dieser Zeit an auftraten, lassen es als unzweifelhaft erscheinen, dass die Mastdarmaffektion syphilitischen Ursprungs ist.

Bezüglich des in der Krankengeschichte genannten Lupus syphiliticus, der an der Kranken bei der letzten Geburt beobachtet wurde, erübrigt noch die Bemerkung, dass nach Lang diese Hautaffection einer der Ausgänge der Unterhautgummata ist. Neben den gewöhnlichen Ausgängen in Erweichung, Resorption, Ulceration, Verkäsung und Verkreidung kommt es vor, dass, wenn bei unvollständiger Resorption Residuen der Gummata zurückbleiben, in dem persistirenden Infiltrat und in der Umgebung blassbräunliche oder braunrötliche Herde auftreten, die im Aussehen und Verlauf den Lupuscharakter an sich tragen.

Der Prozess trägt auch alles, was man als charakteristisch für Mastdarmsyphilis auffasst, an sich. Der Sitz der stärksten Ulceration ist auch hier im unteren Theil des Rectums und das Darmrohr ist durch Bindegewebsschrumpfung und Schwielenbildung in ein enges starres Rohr umgewandelt. Wir würden demnach anzunehmen haben, dass in der Darmwandung gummöse Infiltrate ihren Sitz hatten, die in Ulcerationen und Perforationen übergehend, schliesslich zu sklerosirenden Vernarbungen geführt und zum Theil scharf abgegrenzte Substanzdefekte zurückgelassen haben.

Ob nun der Prozess als Folge lokaler Infektion oder als secundäres Symptom der luetischen Allgemeinerkrankung angesehen werden muss, lässt sich nicht mit Sicherheit entscheiden, wenn auch die im Scheideneingang befindlichen narbig aussehenden Stellen vielleicht in dieser Hinsicht verwerthet werden könnten.

Gegen die Richtigkeit der Diagnose auf Carcinoma recti, wie sie zu Lebzeiten gestellt wurde, spricht sowohl das makroskopische wie mikroskopische Bild. Zumal der mikroskopische Befund lässt die Möglichkeit des Bestehens einer carcinomatösen Degeneration mit aller Sicherheit ausschliessen.

Durch den Dammriss kann der Prozess nicht verursacht worden sein, weil die Beschwerden der Krankheit erst zwei Jahre nach diesem auftraten, weil der Prozess zum allergrössten Theil im Mastdarm seinen Sitz hat und endlich die bei späteren Untersuchungen der Kranken verfassten Berichte nichts hierauf Hindeutendes enthalten. Eine durch voraufgegangene Infektionskrankheiten oder bestehende Tuberkulose bedingte Affektion kann desshalb nicht vorliegen, weil weder Typhus noch Ruhr vorausgegangen ist, noch auch andere Zeichen bestehender Tuberculose vorhanden sind, welche unbedingt gefordert werden müssten.

Es ist daher nur die Erklärung, welche sich auf die

positive Thatsache der luetischen Allgemeininfektion gründet und den Prozess auf einen syphilitischen Ursprung zurückführt, als die allein zulässige und richtige aufzufassen.

Die Nebenbefunde der anatomischen Diagnose sind zum Theil auf den Prozess im Mastdarm zurückzuführen, so die allgemeine Anämie, die marantischen Thromben und die Katarrhe der Scheide und des Uterus. Die Endocarditis ist, falls in früheren Jahren kein Gelenkrheumatismus vorausgegangen ist, möglicherweise auf die luetische Allgemeininfektion zurückzuführen.

Wenn es auch nicht ausgeschlossen ist, dass der exitus laetalis durch die Endocarditis beschleunigt oder mitbewirkt wurde, so muss doch die Mastdarmerkrankung und die durch mehrjährige Dauer derselben erzeugte Anämie und Kachexie der Kranken als die Todesursache angesehen werden. Der starke Säfteverlust aus den Geschwüren und Fisteln, die häufigen, mit grossen Schmerzen verbundenen Defäkationen, der zeitweilige Blutabgang aus den Hämorrhoidalknoten, die dyspeptischen Beschwerden und Katarrhe der benachbarten Genitalorgane mussten auf die Dauer eine Entkräftigung und Schwäche herbeiführen, die mit laetalem Ausgang nothwendigerweise endigten.

Wäre aber die syphilitische Natur des Leidens frühzeitig richtig erkannt, und demgemäss einerseits eine energische antiluetische Allgemeinbehandlung, andererseits eine lokale Behandlung mit Sublimatirrigationen und Suppositorien eingeleitet oder in den späteren Stadien gleichzeitig eine mechanische Dehnung der Stenose und eine operative Behandlung der Fisteln vorgenommen worden, so hätte dadurch sicherlich, wenn auch keine Heilung des Prozesses in seinem vorgeschrittenen Stadium, doch eine beträchtliche Linderung und Besserung des qualvollen Zustandes erreicht werden können.

Der Eintritt des exitus wäre dadurch auf jeden Fall hinausgeschoben worden.

Zum Schlusse fühlt sich der Verfasser gedrungen, Herrn Prof. Dr. Bollinger für die überaus bereitwillige Unterstützung, die ihm bei der Anfertigung dieser Arbeit von dessen Seite zu Theil wurde, auch an dieser Stelle herzlichst zu danken.

Quellenangabe.

[1]) Anatomie pathologique du corps humain. Livr. XXXIII. pl. 1.

[2]) Allgemeine und spezielle Chirurgie von Pitha und Billroth. 3. II. Abtheilg. 1. pg. 76.

[3]) Traité complet des maladies vénériennes Paris 1851. pl. XIII.

[4]) Virchow's Archiv Bd. XL. pg. 328.

[5]) Virchows Archiv Bd. XLIII p. 298.

[6]) Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. IV. Abtheilg. 2. pg. 536.

[7]) Würzburger medizin. Zeitschrift. Bd. IV. 1863.

[8]) Allg. u. spez. Chirurgie von Pitha u. Billroth. 3. II. Abtheilg. Tafel V. Fig. 8.

[9]) Charité Annalen 1855. Bd. 6. pg. 87.

[10]) Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. XIV.

[11]) Behrendst's Syphilidologie. 1860. Bd. II.

[12]) Schmid's Jahrbücher. 1876. Bd. 49. pg. 34.

[13]) Archiv für kleine Chirurgie. Bd. XXIX. p. 395.

[14]) Gazette médéz. de Paris 1856.

[15]) Guys Hospit. 1863. 3. Serie. Bd. IX. pg. 1. Schmidt's Jahrbücher Bd. 123. pg. 178.

[16]) Archiv f. kl. Chirurgie. Bd. XXIX. pg. 395.

[17]) Vierteljahrshefte für Dermatologie und Syphilis. 1880. pg. 469 und 470.

[18]) Charité-Annalen Jahrg. VIII. 1883. pg. 452.

[19]) Pathol. u. Therap. der Syphilis. pg. 244.

[20]) Ebenda.

[21]) Prager Vierteljahrshefte 1850. Bd. 26. pg. 43.

[22]) Annales universales. Bd. 213. pg. 157. Schmidt's Jahrb. Bd. 148. pg. 167.

[23]) Allg. Wiener medizin. Zeitung, Nr. 24. 1859.

[24]) Sections-Journal des Patholog. Instituts. Nr. 547. 1886.
(Das Praeparat wurde der Sammlung des Instituts einverleibt.)